NursRxiv
DOI：10.12209/issn2708-3845.20220714002

快速康复外科理念在老年肺癌患者围手术期护理中应用的研究进展

赵 欣，陈聪聪，张 晶
(北京大学第一医院 胸外科，北京市，100034)

摘要：老年肺癌患者的围手术期护理对促进其术后康复有着重要作用。本文主要总结了快速康复外科(ERAS)理念在老年肺癌患者围手术期护理中的应用进展，以期为临床进一步完善相关护理提供参考。

关键词：肺癌；老年患者；围手术期护理；快速康复外科

Research progress of enhanced recovery after surgery in perioperative nursing of elderly patients undergoing surgery for lung cancer

ZHAO Xin，CHEN Congcong，ZHANG Jing
(*Department of Thoracic Surgery*，*Peking University First Hospital*，*Beijing*，100034)

ABSTRACT：Enhancement of perioperative nursing plays an important role in helping the recovery of elderly patients undergoing surgery for lung cancer. This paper summarized the application of enhanced recovery after surgery (ERAS) in perioperative nursing of elderly patients undergoing surgery for lung cancer，and provided reference for quality improvement of clincal practice.

KEY WORDS：lung cancer；elderly patients；perioperative nursing；enhanced recovery after surgery

肺癌的起源大多数为支气管黏膜上皮，全球的癌症确诊人数中，肺癌所占比例最大，死亡人数最多。国家癌症中心收集的最数据显示，国内已经有大约48.66万人死于肺癌，发病率和死亡率较高[3-4]。肺癌发病的年龄大多是60～74岁[2]，因此，应该格外重视老年肺癌的治疗和护理。目前，肺癌最常见的治疗方法是外科手术[5]，而老年肺癌患者基础病多、免疫力低下，各种脏腑功能退化，其围手术期的护理非常重要。快速康复外科(ERAS)理念在护理实践中逐渐被应用，在促进术后恢复中发挥了很大作用[6-8]。本文通过查阅文献，总结肺癌患者快速康复的围术期护理研究现状，以期对老年肺癌患者围手术期护理提供帮助。

1 ERAS理念

1.1 ERAS理念

丹麦的外科医生kehlet最先提出ERAS理念，他总结出因为有以下几种情况手术后的患者不能快速出院：不合适的术前准备、不合适的控制手术应激能力以及术后疼痛等，并提出应用各种模式、各种途径、多种方法来减少手术后创伤及应激反应，采用合理的、经循证证据优化的措施，使患者从心理和生理上能够接受，降低患者术后并发症，同时缩短住院时间，降低再入院率和死亡率，使医疗费用更加合理[9-11]。目前，在全球范围，ERAS理念的应用已取得了良好效果[12]。顾华倩等[13]学者在围手术期对30例胸腔镜肺癌根治术患者实施以ERAS理念指导的护理干预，观察组术后出

院时间、VAS评分、各种并发症发生率较对照组情况好。可见ERAS理念的应用有助于避免肺癌手术患者减少并发症,在促进术后康复方面有着重要作用。

2　ERAS理念在围手术期护理中的应用

2.1　术前护理

2.1.1 入院评估:通过对老年患者多方位的检查、评估来发现患者所存在的问题。针对发现的问题给予相应的护理措施[14],从而有效地降低手术风险,促进老年肺癌患者的术后并发症的减少与住院时间的减少。评估内容主要包括:①一般评估。入院护理评估表、跌倒/坠床评估表、生活自理能力(ADL)评估表、压疮评估表进行评估并记录。根据评估结果向患者讲解相关的健康宣教。②专科评估。对患者的疾病知晓度、呼吸功能、心功能、吸烟饮酒史、血栓风险、心理承受能力等方面进行评估。

2.1.2 术前呼吸功能准备:老年患者的调节和适应能力降低,为了确保术后快速康复,术前肺康复训练至关重要[12,15]。肺康复训练方法包括:①呼吸功能锻炼:结合呼吸操及各种呼吸系统训练器械。②自主深呼吸:加深与加慢腹式呼吸和缩唇呼气练习,这两种呼吸练习操作,不用受地理位置限制并且简单,随时可以操作,可以使呼吸肌和膈肌的肌力、耐力得到进一步的加强[16]。③有效咳嗽:进行深呼吸几次后,屏气,然后用力咳嗽,可以拉长尾音,使痰液慢慢移到咽喉上方,用力将痰咳出[17]。

2.1.3 术前肠道准备:常规手术前的肠道准备一般都需要口服泻药和灌肠等,但易加重老年患者的术前胃部不适、脱水以及电解质紊乱等,增加手术中及手术后各种风险,不利于患者的术后快速康复。刘小燕等[18]研究显示,术前不给予肠道准备,患者感染等并发症发生率并没有增加。所以肺癌患者术前并不需要进行机械性肠道准备是安全可行的[19]。

2.1.4 麻醉前饮食管理:常规术前禁食12 h、禁饮4 h,老年患者出现低血糖、脱水等的风险增高[20]。有学者研究发现,进行胸腔镜手术术前禁食6 h,禁饮2 h,在手术中没有发生麻醉误吸[21]。最新指南推荐在麻醉前对经口进食液体和固体食物限制不同的时间,从而使手术时胃容量减到最小,防止误吸[22]。所以患者可在术前6 h前进食易消化食物,术前2 h之前饮用清流质食物,术前2 h以内再禁食[23]。

2.1.5 术前心理护理和健康宣教:老年肺癌患者心理压力大,情绪低落,对预后缺乏信心,不利于疾病的预后和后续医疗工作的展开。研究[24]显示,给予患者心理护理和健康教育,能够减少患者不良情绪,减轻手术应激反应。护士可根据术前评估,采用简单、易接受的、积极的方式讲解肺癌疾病知识、为手术需要做的准备、术后可能出现的问题以及注意事项,并鼓励家属参与相关知识的研究,与患者分担压力。

2.2　术中管理

2.2.1 术中保温:由于术中普遍存在非控制体温降低的现象,可能增加并发症发生风险。术中要排除发生低体温的原因,加强保暖,预防低体温的发生[25]。手术过程中,可以根据患者不同的体质、手术方式,实施不同保温措施。保温措施[26]包括:①室温调节:术中保持适中室温在22~24 °C;②保温垫的应用:在患者下方铺上恒温保温垫,增加温度,保存患者体内热量;③静脉输液或输血可以进行加温输注;④术中要减少患者暴露;⑤冲洗伤口时用恒温盐水。

2.2.2 液体管理:保持体液平衡,肺切除术中患者容易发生肺间质和肺泡水肿。常规的补液方案不能使老年患者机体达到理想的容量状态。夏燕等[27]研究发现,ERAS理念在维持患者机体正常需要的前提下,提倡严格控制补液的速度和量,可以减少肺间质水肿引起的肺部感染。

2.3　术后护理

2.3.1 术后疼痛管理:术后疼痛是常见并发症,若镇痛不足可能导致术后应激、无有效咳嗽咳痰、无早期活动、睡眠困难等,严重影响术后恢复质量,延长患者恢复时间。传统单一的镇痛药物容易出现恶心呕吐、血压下降、消化道出血、呼吸抑制以及尿潴留等不良反应。应用多模式镇痛(MMA)联合多种不同作用机制的镇痛药物与方法,叠加镇痛效果,有效地减少单种药物或方法引起的不良反应[28-29]。MMA是ERAS理念推荐的镇痛方法,护士应利用疼痛评分表动态评估患者疼痛程度,评价术后镇痛药物和方法的镇痛效果。建议医生修改或调整镇痛方案,以达到最佳的镇痛效果。

2.3.2 术后早期活动:术后24 h内在患者病情情况允许下可以活动。早期活动可促进肺复张、增

加肺活量、减少肺部并发症，改善血液循环、防止血栓形成，促进肠道运动的恢复，减少便秘的产生[19]。

2.3.3 术后饮食管理：术后尽早进食，增加摄入能量和蛋白质，降低手术对于新陈代谢的影响，术后免疫功能及营养功能指标的恢复均有提高[30]。术后早期患者无恶心、呕吐等不适感，对于吞咽功能评估正常的患者，建议术后4 h即可以食用清流质饮食，可在术后第1天早上进食流食或者软食，如无不适感，午餐可改为普食。老年人胃肠情况特殊，应注意合理搭配膳食，改善患者营养状况。

3 小结

老年肺癌患者围手术期护理应用ERAS理念，通过术前对患者的身体及心理状况认真评估，做好术前准备及术后饮食管理，重视术后镇痛与早期活动等有效措施来促进患者的快速康复，可以显著改善老年肺癌患者的生存质量。但受传统围术期管理模式的影响，部分围手术期管理措施的更新仍具异议，在临床上未得到广泛推广、实施。老年肺癌患者围手术期康复计划还应因人而异、“量体裁衣”，切实做到精准护理。

参考文献

[1] CAUSES OF DEATH COLLABORATORSGBD. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. Lancet, 2017, 390(10100): 1151-1210.

[2] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.

[3] ZENG H M, CHEN W Q, ZHENG R S, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries[J]. Lancet Glob Health, 2018, 6(5): e555-e567.

[4] CHEN W Q, ZHENG R S, BAADE P D, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.

[5] 冯涛. 综合护理在肺癌围手术期患者中的应用[J]. 四川医学, 2015, 36(11): 1608-1610.

[6] 于艳. 快速康复外科理念应用于普外科患者围术期护理的效果观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(14): 90-91.

[7] 袁春. 快速康复护理理念在剖宫产患者中应用的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(15): 1786-1788.

[8] 王立凤, 解晨. 快速康复外科在腹部手术患者围手术期护理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(22): 2793-2795.

[9] VAN EGMOND J C, VERBURG H, MATHIJSSEN N M C. The first 6 weeks of recovery after total knee arthroplasty with fast track[J]. Acta Orthop, 2015, 86(6): 708-713.

[10] 王连, 刘莉莉. 加速康复外科理念在单孔胸腔镜肺叶切除术患者围手术期护理中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(34): 123-124.

[11] 陈锋. 加速康复外科(ERAS)理念在肺癌患者围手术期的应用效果[D]. 济南: 山东大学, 2017.

[12] 中国加速康复外科专家组. 中国加速康复外科围手术期管理专家共识(2016)[J]. 中华外科杂志, 2016, 54(6): 413-418.

[13] 顾华倩, 金晓烨, 沈铃华. 快速康复外科理念在胸腔镜肺癌手术护理中的应用[J]. 中外医学研究, 2019, 17(26): 94-96.

[14] 屈海宏, 陈长香. 老年综合评估护理模式对老年冠心病患者心脏与护理不良事件的影响[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(8): 963-964.

[15] HULZEBOS E H, SMIT Y, HELDERS P P, et al. Preoperative physical therapy for elective cardiac surgery patients[M]. The Cochrane Library. John Wiley & Sons, Ltd, 2012:CD010118.

[16] WESTERDAHL E. Optimal technique for deep breathing exercises after cardiac surgery[J]. Minerva Anestesiol, 2015, 81(6): 678-683.

[17] NASCIMENTO JUNIOR PDO, MÓDOLO N S P, ANDRADE S, et al. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 2014(2): CD006058.

[18] 刘小燕, 王红梅, 郑轶峰, 等. 快速康复外科护理在胸腔镜肺叶切除围手术期中的应用[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(9): 45-47.

[19] 李秀娟. 快速康复外科理念在胃肠手术患者围术期护理中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(5): 54-55.

[20] 龚春兰, 唐玉平. 术前禁食、禁饮的研究现状及进展[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(9): 38-39.

[21] 方忠民, 蓝斌, 杨彦龙, 等. 快速康复外科理念在胸腔镜肺癌手术中的应用[J]. 广东医学, 2015, 36(8): 1226-1229.

[22] MERCHANT R N, DOBSON G. Special announcement: guidelines to the practice of anesthesia − revised edition 2016[J]. Can J Anesth Can D´anesthesie, 2016, 63(1): 12−15.

[23] AGARWAL A, CHARI P, SINGH H. Fluid deprivation before operation. The effect of a small drink [J]. Anaesthesia, 1989, 44(8): 632−634.

[24] 冯灵灵. 心理护理在妇科腹腔镜手术患者围术期的应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(21): 4204−4205.

[25] 王果艳. 预防术中低体温对开胸手术患者麻醉恢复期的作用评价[J]. 内蒙古医科大学学报, 2015, 37(S1): 336−338.

[26] 邵丽, 邹英, 贾凤菊. 保温措施对全身麻醉腹腔手术病人围术期体温变化的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(20): 2110−2111.

[27] 夏燕, 常淑文, 叶敬霆, 等. 快速康复外科在肺癌手术患者中应用效果的meta分析[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(12): 827−836.

[28] WICK E C, GRANT M C, WU C L. Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: a review[J]. JAMA Surg, 2017, 152(7): 691−697.

[29] CHOU R, GORDON D B, DE LEON−CASASOLA O A, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists´ committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council[J]. J Pain, 2016, 17(2): 131−157.

[30] 成红英. 早期营养护理干预在肺癌患者术后的应用[J]. 临床医学工程, 2019, 26(7): 993−994.